



University of Groningen

Medisch onderwijs

Rossum, Herman Johan Maria van

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1977

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Rossum, H. J. M. V. (1977). Medisch onderwijs: wegen zoeken en wegen. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Aan het eind van de jaren zestig werd in Nederland een nieuw medisch curriculum ingevoerd; dit bracht een extra belasting met zich mee voor de docenten: onderwijsdoelstellingen moesten worden geformuleerd en nieuwe programma-onderdelen moesten worden ontwikkeld. Deze vooruitzichten, gevoegd bij de enkele jaren durende overlap met het oude curriculum, brachten vooral klinische docenten in moeilijkheden: zij vreesden dat zij, tengevolge van de claim van hun met onderwijs concurrerende werkzaamheden, niet in staat zouden zijn de studenten in voldoende mate te begeleiden. Tevens vroegen zij zich af, of het nog wel mogelijk zou zijn studenten met voldoende patienten in contact te brengen, nu de opleiding verkort was en de patient-student-ratio gedaald. In dit perspectief nam de kliniek voor Obstetrie en Gynaecologie der R.U.G. een aantal maatregelen om de gevreesde gevolgen te voorkomen. Doel van deze maatregelen was, de docenten en patienten zoveel mogelijk te ontlasten en de studenten zoveel mogelijk te stimuleren tot zelfwerkzaamheid via onderwijsmethoden die relevant konden worden geacht voor het klinisch functioneren. Probleemgeoriënteerd onderwijs met niet-patient-gebonden technieken leek de beste repliek op deesignaleerde problemen.

Eerst werd geprobeerd met studenten-vrijwilligers passende onderwijsvormen te vinden buiten de tijd van het reguliere onderwijsprogramma. In een later stadium werd van de nood een deugd gemaakt door in het verplichte juniorcoschap allerlei vormen uit te testen. Deze ervaringen resulteerden in een aantal beproefde protocollen voor probleemgeoriënteerde onderwijsvormen (hoofdstuk 2). Uitgangspunt voor de constructie van deze protocollen was een beschrijving van de gedachtengang die een medicus volgt, wanneer hij geconfronteerd wordt met een patientenprobleem. Het uitwerken van dit uitgangspunt in concrete onderwijsvormen geschiedde daarna binnen het kader van de (toen beperkte) mogelijkheden. Een inventarisatie van reeds in gebruik zijnde "probleemgeoriënteerde vormen avant la lettre" en van enkele bewust geconstrueerde en geavanceerde technieken gaf houvast voor de koers die moest worden uitgezet.

In de eerste jaren dat het juniorcoschap liep, werden vele vormen uitgeprobeerd in vele variaties. Na selectie bleef een aantal vormen over die het meest bevielen; een zekere waarborg was toen verkregen, dat het juniorcoschap qua inhoud en methodiek vrij stabiel en constant kon blijven.

In de latere jaren werd systematisch een korte schriftelijke evaluatie uitgevoerd, waarin de studenten hun oordeel over het genoten onderwijs kenbaar konden maken. De op deze wijze verkregen informatie werd gebruikt om gericht verbeteringen aan te brengen in die onderwijsvormen die als minder goed werden ervaren.

Op het moment dat voldoende ervaring was opgedaan in het hantieren van protocollen voor probleemgeoriënteerd onderwijs, werd de tijd rijp geacht voor een vergelijkend onderzoek van drie methoden met als primaire vraagstelling of een der methoden betere resultaten zou afwerpen op een aantal kennistoetsen. De verwachting was, dat het oplossen van problemen in kleine gespreksgroepen de beste resultaten zou geven; gezien de kostbaarheid van deze methode werd zij vergeleken met twee andere methoden die qua tijdsinvestering voor docenten minder kostbaar waren. Deze beide laatste methoden werden aangeduid met *responsiecollege* en *probleemcollege*. Bij *responsiecollege*[□] behandelde de docent (een vakspecialist) in twee zittingen vragen van studenten, die ze schriftelijk hadden ingediend naar aanleiding van de uitgereikte problemen en oplossingen. Bij *probleemcollege* behandelde de docent (dezelfde vakspecialist) per zitting een probleem door interactief met de studenten een vast protocol af te werken. Bij *gespreksgroep* waren de studenten verdeeld in groepen van vijf, die elk werden begeleid door een getrainde vijfdejaars student; deze groepen werkten ook volgens een vast protocol, waarin echter het element discussie op de voorgrond stond; aan het eind van de zitting kon de groep telefonisch de dienstdoende gynaecoloog consulteren over niet opgeloste vragen.

Het onderzoek werd verricht gedurende twee achtereenvolgende ja-

[□] Achteraf wellicht niet zo'n gelukkige term omdat verwarring mogelijk is met "respondeercollege", waarin het omgekeerde gebeurt: de docent stelt

ren bij derdejaars studenten die zich vrijwillig opgaven voor deelname; na de voormeting kregen de studenten te horen bij welke methode ze waren ingedeeld.

Er was voor gezorgd dat de drie groepen vergelijkbaar waren wat betreft recente studieprestaties.

Na het experimentele onderwijs volgde een nameting die evenals de voormeting bestond uit een toets en een vragenlijst.

De resultaten van de nameting gaven geen verschillen te zien voor methode op: de toetsen, het collegebezoek en de meeste vragen van de vragenlijst. Deze conclusie gold zowel voor studenten met goede als met zwakke recente studieprestaties. Responsiecollege werd minder hoog gewaardeerd dan de beide andere methoden en werd het eerste experimenteerjaar ook minder goed bezocht door de studenten.

Belangrijke verschillen werden gevonden voor de tijd die zowel docenten als studenten investeerden in de drie methoden; gespreksgroep was verreweg het kostbaarst voor beide partijen, responsiecollege kostte beide de minste tijd.

De uitval in beide jaren gaf geen belangrijke verschillen te zien tussen de drie methoden; wel was in het eerste experimenteerjaar de uitval het grootst onder studenten met zwakke recente studieprestaties; voor de vergelijking der methoden heeft dit waarschijnlijk weinig of geen betekenis gehad.

Hiermee was de vraagstelling beantwoord. Enkele resultaten trokken verder de aandacht: studenten, die het jaar vóór het experiment de beste studieprestaties hadden geleverd, onderscheidden zich van studenten, die minder goede prestaties hadden geleverd alléén op de toetsscores van de nameting.

De studenten scoorden het laagst op die onderdelen van de toets, die het meest op de praktijk waren gericht; vergelijking met de toetsresultaten van assistenten-in-opleiding-tot-vrouwenarts liet zien dat de laatsten hoog scoorden op de praktisch relevante stof, maar laag op theoretische kennis; omdat kennistoetsen voor studenten doorgaans vragen bevatten over zowel theoretische als praktische kennis roept deze bevinding twijfels op omtrent de stabiliteit van kennistoetsen voor medische studenten.

Het experimenteel onderwijs zette de studenten tot veel meer ac-

tiviteit aan dan het reguliere college: het bezoek was hoger en de zittingen werden door de meeste studenten voorbereid.

In het laatste hoofdstuk wordt getracht weer te geven wat gereaaliseerd is van de vernieuwing die met het invoeren van het nieuwe curriculum werd beoogd en van hetgeen nog in het verschiet ligt.

De ervaringen beschreven in de vorige hoofdstukken, gevoegd bij de ervaringen van al degenen die in de laatste jaren een lans hebben gebroken voor patientsparend probleemgeoriënteerd onderwijs hebben duidelijk gemaakt dat dergelijke vormen bruikbaar zijn en een oplossing betekenen voor die situaties, waarin het inzetten van patienten onmogelijk of ongewenst is.